

Anna Majda¹, Henryka Józefowska²

¹Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

²Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach

Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Psychological status patients with chronic obstructive pulmonary disease

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) stanowi poważny problem zdrowia publicznego. Zgodnie ze współczesnym paradygmatem zdrowia, zasoby osobiste mają istotne znaczenie w funkcjonowaniu człowieka z chorobą przewlekłą. Na leczenie i przebieg POChP wywierają także wpływ prawidłowe zachowania zdrowotne.

Cel pracy. Celem pracy było poznanie zasobów osobistych, zachowań zdrowotnych pacjentów z POChP oraz wykazanie zależności między nimi.

Materiał i metody. Badaniami objęto 105 pacjentów z POChP hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby w wybranych oddziałach pulmonologicznych na terenie Śląska. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, wystandaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności, Skalę Akceptacji Choroby, Test Fagerströma.

Wyniki. U pacjentów z POChP zasoby osobiste, takie jak poczucie własnej skuteczności, było na niskim, a akceptacja choroby na średnim poziomie. Istniał związek pomiędzy posiadanymi przez badanych zasobami osobistymi a częstością zaostrzeń POChP ($0,5 < r_p < 0,7$; $p = 0,05$). Wyniki badań nie wykazały istnienia zależności pomiędzy zasobami osobistymi a aktywnością fizyczną badanych. Istniała zależność między poziomem poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby badanych z niepaleniem przez nich tytoniu ($\chi^2 = 3,84$; $p = 0,05$).

Wnioski. Istnieje potrzeba większego zaangażowania w poprawę zasobów osobistych pacjentów z POChP oraz motywowanie ich do zmiany zachowań zdrowotnych zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (4): 283–293

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc, poczucie własnej skuteczności, akceptacja choroby

ABSTRACT

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a serious problem of the public health. According to the holistic health model, the performance and psychological status has a significant impact for the functionality of the patient suffering from a chronic disease. The important factors influencing the treatment course are patient's proper health behavior.

Aim of the study. The aim of study was an evaluation of psychological status impact for the disease COPD course, patient's health behavior, and correlations between them.

Material and methods. The study included 105 COPD patients with exacerbation of disease, hospitalized in the region of Silesian agglomeration. The author's questionnaire and the standardized devices: General Self-Efficacy Scale, Acceptance of Illness Scale and the Fagerström Test for Nicotine Dependence were used.

Results. COPD patients had low feeling of self-efficacy and average acceptance of illness. Significant correlation between the frequency of COPD exacerbation and the psychological status was found ($0,5 < r_p < 0,7$; $p = 0,05$). The analysis did not show the dependency between the psychical status and the physical activeness of patients. The dependency between the feeling of self-efficacy, the acceptance of illness and the resignation from smoking ($\chi^2 = 3,84$; $p = 0,05$) was found.

Conclusions. There is a need of major engagement of doctors and nurses in improving of the COPD patients mental physical status and in motivating them to change health behavior.

Nursing Topics 2009; 17 (4): 283–293

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, feeling of self-efficacy, average acceptance of illness

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Majda, Wydział Nauk o Zdrowiu CMUJ, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 0 506 267 170, faks: (0 12) 632 48 81, e-mail: majdanna@poczta.onet.pl

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia populacji. Jest najczęstszą przewlekłą chorobą układu oddechowego. Uznano ją za jeden z głównych problemów zdrowotnych zarówno w Polsce, jak i na świecie [1]. Podstawą prewencji POChP powinna stać się znajomość czynników ryzyka i ich eliminacja oraz prowadzenie prawidłowego stylu życia i preferowanie zachowań zdrowotnych, które pozwalają zmniejszyć postęp choroby i liczbę jej zaostrzeń.

Należy także pamiętać, że zgodnie ze współczesnym paradygmatem zdrowia, istotny wpływ na funkcjonowanie człowieka z przewlekłą chorobą mają jego zasoby osobiste. Wpływają one między innymi na motywację do poprawy zdrowia i jego ochrony, a w sytuacji choroby warunkują procesy zdrowienia. Człowiek dąży w życiu do ich rozwoju, utrzymania i odnowy. Zasobami odgrywającymi szczególną rolę w zmaganiu się ze stresującymi wydarzeniami życiowymi są: otwartość, poczucie kontroli osobistej, poczucie samoskuteczności, wiara w siebie, swoje możliwości i kompetencje, zaufanie do samego siebie, poczucie własnej wartości, optymizm, nadzieja, samoakceptacja, poczucie humoru, poczucie koherencji, adaptacja do nietypowych sytuacji. Poczucie własnej skuteczności oznacza gotowość do wybierania trudniejszych i/lub nowych zadań, wytrwałość w dążeniu do celu, zdolność uczenia się nowych rzeczy, radzenie sobie z lękiem i stresem [2–10]. W wielu badaniach wykazano, że poczucie własnej skuteczności wiąże się z podejmowaniem i kontynuowaniem zachowań prozdrowotnych, takich jak prowadzenie regularnych ćwiczeń fizycznych, kontrolowanie masy ciała i zachowań związanych z jedzeniem, zaprzestaniem palenia tytoniu [11]. Akceptacja choroby jest ważnym elementem w procesie przystosowania się do życia z chorobą. Im większa akceptacja, tym lepsza adaptacja i mniejsze poczucie dyskomfortu wynikające z choroby [12].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie zasobów osobistych, zachowań zdrowotnych pacjentów z POChP oraz wykazanie, czy istnieją między nimi zależności.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie luty–maj 2009 roku w trzech placówkach medycznych województwa śląskiego: Szpitalu Chorób Płuc w Pilchowicach, Szpitalu Chorób Płuc w Orzeszu, Zakładzie Pulmonologii w Tarnowskich Górach. Wzięło w nich udział 105 pacjentów. Na wykonanie badań uzyskano akceptację dyrektorów poszczególnych placówek oraz pisemną świadomą zgodę samych pacjentów. Głównymi kryteriami doboru chorych do badań było rozpoznanie u nich POChP. Pacjenci byli poddani badaniu w 2.–3. dobie hospitalizacji z powodu zaostrzenia POChP, a ci, którzy byli w unie-

możliwiającym nawiązanie kontaktu werbalnego stanie zdrowia, zostali poddani kryterium wyłączenia.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego i szacowania. W ramach metody sondażu diagnostycznego wykorzystano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz Test Uzależnienia od Nikotyny Fagerströma. Kwestionariusz ankiety składał się z 35 pytań. W większości pytania miały charakter zamknięty, były jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Sześć pytań miało charakter otwarty, dotyczyły: przebiegu choroby, zachowań zdrowotnych oraz danych socjodemograficznych. W celu zbadania stopnia uzależnienia ankietowanych od nikotyny zastosowano Test Uzależnienia od Nikotyny Fagerströma (FTND, *Fagerström Test for Nicotine Dependence*) [13], składający się z 6 pytań i odpowiedzi punktowanych od 0 do 3. Wynik testu poniżej 7 punktów świadczył o behawioralnym uzależnieniu. Uzyskanie 7 i więcej punktów świadczyło o uzależnieniu fizycznym, a więc rozważeniu wyboru metod farmakologicznych w celu rzucenia palenia tytoniu. W ramach metody szacowania wykorzystano narzędzia wystandaryzowane: Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności, Skalę Akceptacji Choroby. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES, *Generalised Self-Efficacy Scale*) autorstwa Schwarzer, Jerusalem w adaptacji Juczyńskiego [14] posłużyła do zbadania poziomu poczucia własnej skuteczności wśród badanych pacjentów. Składa się ona z 10 stwierdzeń, na które badane osoby udzielały właściwej dla siebie odpowiedzi — za każdą można było otrzymać od 1 do 4 punktów. Suma wszystkich punktów dawała ogólny wynik — wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który mógł mieścić się w przedziale 10–40 punktów. O poziomie skuteczności badanych informował wskaźnik liczbowy. Uzyskany wynik mógł być w granicach 10–24 punktów i określany był jako poziom niski, 25–29 punktów — poziom przeciętny, 30–40 — poziom wysoki. Skala Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) została skonstruowana przez Felton, Revenson, Hinrichsen i zaadaptowana przez Juczyńskiego [14]. Posłużyła do oceny przystosowania się pacjenta do ograniczeń spowodowanych chorobą. Zawierała 8 stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. W każdym stwierdzeniu badany określał swój aktualny stan w 5-stopniowej skali, od 1 — zdecydowanie zgadzam się do 5 — zdecydowanie nie zgadzam się. Zdecydowana zgoda (ocena 1) wyrażała złe przystosowanie do choroby, zaś zdecydowany brak zgody (ocena 5) oznaczał akceptację choroby. Suma wszystkich punktów była więc ogólną miarą stopnia akceptacji choroby, a jej zakres mieścił się w obszarze od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznaczał brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Z kolei wysoki wynik świadczył o akceptacji własnego stanu choro-

bowego, co przejawiało się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą. Biorąc pod uwagę przeciętne odchylenie od średniej wyników (SD, *standard deviation*) wyodrębniono 3 poziomy akceptacji choroby: 8–15 punktów — poziom niski, 16–28 punktów — poziom średni, 29–40 punktów — poziom wysoki.

Analizę statystyczną zebranego materiału badawczego wykonano na podstawie programu Microsoft Excel 2007. Test niezależności χ^2 zastosowano w celu zbadania istnienia zależności pomiędzy badanymi zmiennymi nominalnymi. Zależności badanych zmiennych weryfikowano na poziomie istotności $p = 0,05$. Współczynnik korelacji Pearsona (r_p) wykorzystano do badania związku liniowego pomiędzy zmiennymi. W pracy przyjęto następującą skalę: $|r_p| = 0$ — zmienne nieskorelowane; $0 < |r_p| < 0,1$ — korelacja nikła; $0,1 < |r_p| < 0,3$ — korelacja słaba; $0,3 < |r_p| < 0,5$ — korelacja przeciętna; $0,5 < |r_p| < 0,7$ — korelacja wysoka; $0,7 < |r_p| < 0,9$ — korelacja bardzo wysoka, silna; $0,9 < |r_p| < 1$ — korelacja prawie pełna; $|r_p| = 1$ — korelacja pełna. Hipotezy o istnieniu liniowego związku między zmiennymi weryfikowano na poziomie istotności $p = 0,05$.

Wyniki

W badaniach uczestniczyło 105 pacjentów. Wśród nich było 73 mężczyzn (70%) i 32 kobiety (30%). Największą grupę stanowiły osoby powyżej 61. roku życia — 66 (63%). Mniej liczna była grupa wiekowa w przedziale 51–60 lat, którą stanowiło 34 (32%) ankietowanych. Pacjentów w wieku 41–50 lat było 5 (5%). Mieszkańcy miast powyżej 50 tysięcy stanowili 37% ankietowanych.

Z miast poniżej 50 tysięcy pochodziło 32% ankietowanych. Porównywalną grupę stanowili mieszkańcy wsi — 31% badanych. Największą grupę badanych stanowili emeryci — 57% i renciści — 23%. Kolejne grupy badanych to osoby pracujące fizycznie w innych zawodach — 12%, górnictwie — 3%, rolnictwie — 2% oraz osoby pracujące umysłowo — 3%. Najliczniejszą grupę tworzyły osoby z wykształceniem zawodowym (49) i podstawowym (30). Wśród respondentów było 20 osób z wykształceniem średnim i 6 osób z wykształceniem wyższym.

W wyniku analizy GSES okazało się, że 51% badanych prezentowało niski poziom poczucia własnej skuteczności, poziom wysoki osiągnęło 35% ankietowanych, a przeciętny — 14% chorych. Wskaźnik poczucia własnej skuteczności wyniósł 23,8 i był na poziomie niskim. Kobiety cechowały się wyższym wskaźnikiem poczucia własnej skuteczności w porównaniu z mężczyznami. Dla kobiet wyniósł 27,0 i był na poziomie przeciętnym, a dla mężczyzn — 22,4 i był na poziomie niskim. Wyraźnie zróżnicowany wskaźnik poczucia własnej skuteczności występował w grupach utworzonych według wykształcenia. Najwyższy był wśród pacjentów z wykształceniem średnim (27,2) i wyższym (25,8). Najniższy cechował chorych z wykształceniem podstawowym (20,0). Dość duże zróżnicowanie wskaźnika poczucia własnej skuteczności występowało u chorych w poszczególnych grupach wiekowych. Najwyższy wskaźnik poczucia własnej skuteczności cechował pacjentów z przedziału wiekowego 51–60 lat (28,6). U tych powyżej 60 lat wynosił 20,9 (tab. 1).

Tabela 1. Wskaźnik poczucia własnej skuteczności w zależności od płci, wykształcenia, wieku badanych

Table 1. The coefficient of the feeling of self-efficacy in dependence from sexes, education, age studied

| | GSES | | | Wskaźnik | |
|----------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|-------------|------|
| | Poziom niski (%) | Poziom przeciętny (%) | Poziom wysoki (%) | M | SD |
| Płeć | | | | | |
| Wszyscy | 51,0 | 14,4 | 34,6 | 23,8 | 9,4 |
| Kobiety | 38,7 | 16,1 | 45,2 | 27,0 | 8,7 |
| Mężczyźni | 56,2 | 13,7 | 30,1 | 22,4 | 9,4 |
| Wykształcenie | | | | | |
| Podstawowe | 62,1 | 13,8 | 24,1 | 20,0 | 10,1 |
| Zawodowe | 53,1 | 10,2 | 36,7 | 24,1 | 9,7 |
| Średnie | 35,0 | 20,0 | 45,0 | 27,2 | 8,0 |
| Wyższe | 33,3 | 33,3 | 33,3 | 25,8 | 8,2 |
| Wiek | | | | | |
| 41–50 lat | 20,0 | 0,0 | 80,0 | 25,4 | 4,3 |
| 51–60 lat | 64,7 | 20,6 | 14,7 | 28,6 | 7,8 |
| ≥ 61 lat | 46,2 | 12,3 | 41,5 | 20,9 | 9,8 |

GSES (*Generalised Self-Efficacy Scale*) — Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności; M (*mean*) — średnia; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Tabela 2. Zależność pomiędzy poziomem własnej skuteczności a płcią badanych
Table 2. The dependence among the level of self-efficacy and sex of studied

| | GSES | Kobieta | Mężczyzna | Razem |
|----------------------------|-------------------|--------------------|-------------|-------------|
| n_{ij} | Poziom niski | 12 | 41 | 53 |
| | Poziom przeciętny | 5 | 10 | 15 |
| | Poziom wysoki | 14 | 22 | 36 |
| | Razem | 31 | 73 | 104 |
| $\frac{n_i n_j}{n}$ | i j | 1 | 2 | ni. |
| | 1 | 15,79807692 | 10,52884615 | 29,98095238 |
| | 2 | 4,471153846 | 10,52884615 | 35 |
| | 3 | 10,73076923 | 25,26923077 | 52 |
| x^2_{ob} | nj. | 31 | 46,32692308 | 116,9809524 |
| | | 1 | 2 | |
| | 1 | 0,913110398 | 88,18546716 | |
| | 2 | 0,062551696 | 0,026563049 | |
| $x^2(\alpha; (k-1)*(l-1))$ | 3 | 0,996002206 | 0,422959841 | |
| | | 90,60665435 | | |
| | | 0,454936425 | | |
| | Odpowiedź | Zależne | | |

GSES (Generalised Self-Efficacy Scale) — Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności

Posługując się testem χ^2 na poziomie istotności $p = 0,05$ wykazano istnienie zależności pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi (płcią), a poziomem własnej skuteczności w badanej grupie pacjentów ($\chi^2 = 0,45$). Oznacza to, że kobiety cechowały się wyższym poziomem własnej skuteczności (tab. 2).

Posługując się testem χ^2 na ustalonym poziomie istotności ($p = 0,05$), wykazano istnienie zależności pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi (miejscem zamieszkania) a poziomem własnej skuteczności w badanej grupie pacjentów ($\chi^2 = 3,84$), czyli im większe liczebnie miasto, z którego pochodzili badani, tym wyższy poziom poczucia własnej skuteczności prezentowali (tab. 3).

Do pomiaru poziomu akceptacji choroby przez pacjentów z POChP użyto AIS. W badanej grupie 52 osoby (50%) wykazały wysoki poziom akceptacji choroby, w tym 19 kobiet (18%) i 33 mężczyzn (32%). Średni poziom akceptacji choroby prezentowało 35 osób (33%), w tym 12 kobiet (11%) i 23 (22%) mężczyzn. Na niski poziom akceptacji choroby wskazało 17 pacjentów (17%), wyłącznie mężczyzn. Otrzymany wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów wyniósł 20,6 i świadczył o średnim poziomie akceptacji choroby. Kobiety osiągnęły wyższy wskaźnik akceptacji choroby w porównaniu z mężczyznami. Najwyższym wskaźnikiem akceptacji choroby w grupie utworzonej według wykształcenia cechowały się osoby z wyższym wykształceniem.

Porównując wskaźnik akceptacji dla poszczególnych grup wiekowych, najwyższy charakteryzował osoby w przedziale 51–60 lat (tab. 4).

Posługując się testem χ^2 na poziomie istotności $p = 0,05$ wykazano istnienie zależności pomiędzy zmiennymi demograficznymi (płcią), a poziomem akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów ($\chi^2 = 0,45$), czyli wśród badanych płci męskiej poziom akceptacji był niższy, a wśród badanych płci żeńskiej — wyższy (tab. 5).

Posługując się testem χ^2 na ustalonym poziomie istotności $p = 0,05$, wykazano istnienie zależności pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi (miejscem zamieszkania) a poziomem akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów ($\chi^2 = 3,84$), czyli im większe liczebnie miasto, z którego pochodzili badani, tym wyższa była ich akceptacja choroby (tab. 6).

W opinii 43% ankietowanych do zaostrzeń choroby dochodziło u nich 2–3 razy w ciągu roku. Aż u 30% respondentów zaostrzenia POChP występowały częściej niż 4 razy w roku. Tylko u 27% badanych pojawiały się raz w roku.

Za pomocą współczynnika liniowego Pearsona spróbowano określić związek między poziomem poczucia skuteczności, poziomem akceptacji choroby przez badanych a częstością zaostrzeń POChP w ciągu roku. Najpierw przedstawiono zależność między poziomem poczucia skuteczności a poziomem akceptacji choroby. Współczynnik korelacji Pearsona wy-

Tabela 3. Zależność pomiędzy poziomem własnej skuteczności a miejscem zamieszkania badanych
Table 3. The dependence among the level of self-efficacy and the place of the residence of studied

| | GSES | Wieś | Miasto | | Razem |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|-------------|-------------|-------|
| | | | < 50 tys. | > 50 tys. | |
| n_{ij} | Pozom niski | 23 | 20 | 11 | 54 |
| | Poziom przeciętny | 3 | 2 | 10 | 15 |
| | Poziom wysoki | 6 | 12 | 18 | 36 |
| | Razem | 32 | 34 | 39 | 105 |
| | i j | 1 | 2 | 3 | ni. |
| $\frac{n_i n_j}{n}$ | 1 | 16,45714286 | 17,48571429 | 20,05714286 | 54 |
| | 2 | 4,571428571 | 4,857142857 | 5,571428571 | 15 |
| | 3 | 10,97142857 | 11,65714286 | 13,37142857 | 36 |
| | nj. | 32 | 34 | 39 | 105 |
| | | 1 | 2 | | |
| $\chi^2 ob$ | 1 | 33,94285714 | 20,05714286 | | |
| | 2 | 9,428571429 | 5,571428571 | | |
| | 3 | 22,62857143 | 13,37142857 | | |
| | | 1 | 2 | | |
| | 1 | 43 | 15 | | |
| $\chi^2 (\alpha; (k-1) * (l-1))$ | 2 | 5 | 25 | | |
| | 3 | 18 | 12 | | |
| | | 1 | 2 | | |
| | 1 | 2,416762867 | 1,275091575 | | |
| | 2 | 2,08008658 | 67,75091575 | | |
| | 3 | 0,946753247 | 0,140659341 | | |
| | | 74,61026936 | | | |
| | | 3,841459149 | | | |
| | Odpowiedź | Zależne | | | |

GSES (*Generalised Self-Efficacy Scale*) — Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności

niósł 0,591 i wskazał na wysoki stopień współzależności. Oznacza to, że im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności, tym lepsza akceptacja choroby przez badanych (tab. 7).

Następnie przedstawiono zależność między poziomem poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby a częstością zaostrzeń. Stosując współczynnik korelacji Pearsona na poziomie istotności $p = 0,05$ i $0,5 < r_p < 0,7$, wykazano wysoki stopień korelacji pomiędzy wymienionymi zmiennymi, czyli im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby, tym mniej zaostrzeń POChP w ciągu roku wśród badanych (ryc. 1).

Marsz i spacer były najczęstszą (46%) formą aktywności podejmowaną przez chorych. Z rowerowej formy wysiłku korzystało 27% chorych. Trening siłowy stosowało 2% respondentów. Grupa 19% chorych nie stosowała żadnej formy aktywności. Marsz i spacer były najczęstszą (45%) formą aktywności

podejmowaną przez badane kobiety. Z rowerowej formy aktywności korzystało 17% kobiet. Trening siłowy stosowało tylko 2% respondentek. Grupa 36% kobiet nie stosowała żadnej formy aktywności fizycznej. Marsz i spacer były najczęstszą (46%) formą aktywności podejmowaną przez mężczyzn. Z rowerowej formy wysiłku korzystało 33% mężczyzn. Trening siłowy stosował 1% respondentów. Tylko 9% mężczyzn nie stosował żadnej formy aktywności fizycznej. W badanej grupie 54% pacjentów codziennie stosowało jakąś formę aktywności fizycznej, 5–6 razy w tygodniu było aktywnych fizycznie 10% chorych. Osiemnaście procent badanych stosowało jakąś formę aktywności 2–4 razy w tygodniu, rzadziej niż raz w tygodniu — 10% respondentów. Posługując się testem χ^2 na poziomie istotności $p = 0,05$ ustalono brak zależności pomiędzy poziomem skuteczności a aktywnością fizyczną wśród badanych ($\chi^2 = 9,48$) oraz pomiędzy poziomem akcep-

Tabela 4. Wskaźnik akceptacji choroby w zależności od płci, wykształcenia, wieku badanych
Table 4. The coefficient of the acceptance of illness in dependence from sexes, education, age studied

| | AIS | | | Wskaźnik | |
|---------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------|------|
| | Poziom niski (%) | Poziom średni (%) | Poziom wysoki (%) | M | SD |
| Płeć | | | | | |
| Wszyscy | 16,3 | 33,7 | 50,0 | 20,6 | 9,8 |
| Kobiety | 0,0 | 38,7 | 61,3 | 24,6 | 9,3 |
| Mężczyźni | 23,3 | 31,5 | 45,2 | 18,9 | 9,5 |
| Wykształcenie | | | | | |
| Podstawowe | 31,0 | 31,0 | 37,9 | 22,7 | 9,0 |
| Zawodowe | 12,2 | 34,7 | 53,1 | 17,8 | 8,7 |
| Średnie | 10,0 | 35,0 | 55,0 | 24,3 | 9,4 |
| Wyższe | 0,0 | 33,3 | 66,7 | 29,7 | 14,3 |
| Wiek | | | | | |
| 41–50 lat | 0,0 | 20,0 | 80,0 | 25,2 | 11,5 |
| 51–60 lat | 8,8 | 55,9 | 35,3 | 25,9 | 8,1 |
| ≥ 61 lat | 21,5 | 23,1 | 55,4 | 17,5 | 9,2 |

AIS (*Acceptance of Illness Scale*) — Skala Akceptacji Choroby; M (*mean*) — średnia; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Tabela 5. Zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a płcią badanych
Table 5. The dependence among the level of the acceptance of illness and sex of studied

| | AIS | Kobieta | Mężczyzna | Razem |
|----------------------------------|---------------|--------------------|-------------|---------|
| n_{ij} | Poziom niski | 0 | 18 | 18 |
| | Poziom średni | 12 | 23 | 35 |
| | Poziom wysoki | 19 | 33 | 52 |
| | Razem | 31 | 74 | 105 |
| | i j | 1 | 2 | ni. |
| $\frac{n_i n_j}{n}$ | 1 | 5,314285714 | 24,66666667 | 29,981 |
| | 2 | 10,33333333 | 24,66666667 | 35 |
| | 3 | 15,35238095 | 36,64761905 | 52 |
| | nj. | 31 | 85,98095238 | 116,981 |
| | 1 | 5,314285714 | 1,801801802 | |
| $\chi^2 ob$ | 2 | 0,268817204 | 0,112612613 | |
| | 3 | 0,866648942 | 0,363055638 | |
| | | 8,727221914 | | |
| $\chi^2 (\alpha; (k-1) * (l-1))$ | | 0,454936425 | | |
| | Odpowiedź | Zależne | | |

tacji choroby a aktywnością fizyczną w badanej grupie pacjentów ($\chi^2 = 9,48$).

Więcej niż połowa badanych (57%) jeszcze nigdy nie korzystała z leczenia sanatoryjnego. Rza-dziej niż co 5 lat korzystało z niego 18% responden-tów, na pobyt w sanatorium co 4–5 lat wskazało 12% ankietowanych. Co 2–3 lata korzystało z takiej for-

my leczenia 9% badanych. Tylko 4% chorych co rok wyjeżdżało do sanatorium. Nigdy nie korzystało z leczenia sanatoryjnego 49% kobiet, co 5 lat — 19% kobiet, co 4/5 lat — 16% respondentek, co 2 lata — 13% kobiet, a tylko 3% ankietowanych kobiet wy-jeżdżało do sanatorium co rok. Zdecydowana więk-szość badanych mężczyzn (61%) nigdy nie korzystało

Tabela 6. Zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a miejscem zamieszkania badanych**Table 6.** The dependence among the level of the acceptance of illness and the place of the residence of studied

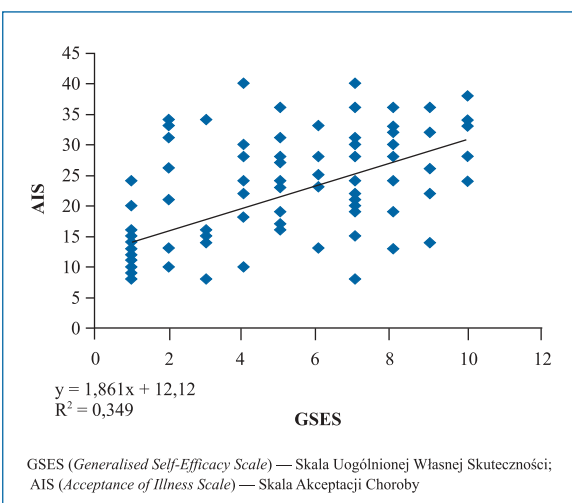
| | AIS | Wieś | Miasto | | Razem |
|-------------------------------|---------------|--------------------|-------------|-----------|-------|
| | | | < 50 tys. | > 50 tys. | |
| n_{ij} | Poziom niski | 0 | 17 | 0 | 17 |
| | Poziom średni | 0 | 17 | 18 | 35 |
| | Poziom wysoki | 31 | 0 | 21 | 52 |
| | Razem | 31 | 34 | 39 | 104 |
| | i j | 1 | 2 | 3 | ni. |
| $\frac{n_i n_j}{n}$ | 1 | 5,067307692 | 5,557692308 | 6,375 | 17 |
| | 2 | 10,43269231 | 11,44230769 | 13,125 | 35 |
| | 3 | 15,5 | 17 | 19,5 | 52 |
| | nj. | 31 | 34 | 39 | 104 |
| | | 1 | 2 | | |
| $x^2 ob$ | 1 | 10,625 | 6,375 | | |
| | 2 | 21,875 | 13,125 | | |
| | 3 | 32,5 | 19,5 | | |
| | | 1 | 2 | | |
| | | 17 | 15 | | |
| $x^2 (\alpha; (k-1) * (l-1))$ | 2 | 17 | 25 | | |
| | 3 | 31 | 12 | | |
| | | 1 | 2 | | |
| | 1 | 3,825 | 11,66911765 | | |
| | 2 | 1,086428571 | 10,74404762 | | |
| $x^2 (\alpha; (k-1) * (l-1))$ | 3 | 0,069230769 | 2,884615385 | | |
| | | 30,27843999 | | | |
| | | 3,841459149 | | | |
| | Odpowiedź | Zależne | | | |

AIS (Acceptance of Illness Scale) — Skala Akceptacji Choroby

Tabela 7. Korelacja pomiędzy poziomem poczucia skuteczności a poziomem akceptacji choroby wśród badanych**Table 7.** Correlation among the level of the feeling of self-efficacy and the level of the acceptance of illness among studied

| | AIS | GSES |
|---------------------------------|--------------|--------|
| Minimum | 8,00 | 1,00 |
| Maksimum | 40,00 | 10,00 |
| Średnia arytmetyczna | 20,58 | 4,54 |
| Mediana | 20,00 | 4,00 |
| Kwartył 1 | 12,50 | 1,00 |
| Kwartył 3 | 28,00 | 7,00 |
| Odchylenie standardowe | 9,45 | 3,00 |
| Współczynnik zmienności | 45,89% | 66,01% |
| Współczynnik korelacji Pearsona | 0,591 | |

GSES (Generalised Self-Efficacy Scale) — Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności; AIS (Acceptance of Illness Scale) — Skala Akceptacji Choroby

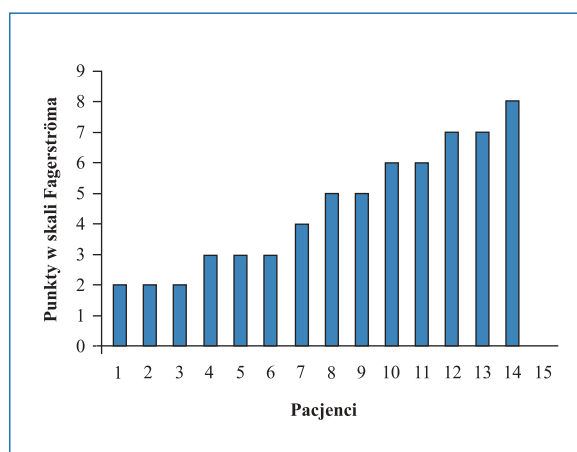
**Rycina 1.** Zależność pomiędzy poziomem poczucia skuteczności, akceptacji choroby a częstością zaostrzeń u badanych**Figure 1.** Dependence among the level of the feeling of self-efficacy effectiveness, the acceptance of illness and frequency of exacerbation at studied

z leczenia sanatoryjnego. Rzadziej niż co 5 lat korzystało 17% respondentów, na pobyt w sanatorium co 4–5 lat wskazało 11% ankietowanych. Co 2–3 lata korzystało z takiej formy leczenia 7% badanych. Tylko 4% chorych co rok wyjeżdżało do sanatorium.

Zdecydowana większość pacjentów — 75%, nie stosowała szczepień przeciw grypie. Pacjenci korzystający ze szczepień stanowili tylko 25% badanych. Pomiaru szczytowego przepływu wydechowego przy użyciu pikfłometru dokonywało zaledwie 4% chorych. Większość pacjentów nie znała takiej formy monitorowania przebiegu POChP.

W badanej grupie zdecydowana większość 83% to osoby (88) niepalące. Dwanaście procent chorych (12) wypalało mniej niż 10 papierosów dziennie. Tylko 5% pacjentów (5) przyznało się do wypalania więcej niż 10 papierosów dziennie. Test Uzależnienia od Nikotyny Fagerströma wypełniło 14 (15%) badanych pacjentów (pośród 17 palących). Wynik testu powyżej 7 punktów świadczący o uzależnieniu farmakologicznym uzyskały 3 osoby. Pozostali chorzy otrzymali poniżej 7 punktów świadczących o uzależnieniu behawioralnym (ryc. 2).

Ponad 2/3 chorych (69%) zerwało z nałogiem palenia tytoniu z chwilą rozpoznania u nich POChP. Zdecydowana większość palących pacjentów (92%) podejmowała próby zaprzestania palenia tytoniu. Tylko 8% nie próbowało walczyć z nałogiem. Za pomocą testu χ^2 przy założonym poziomie istotności



Rycina 2. Liczba punktów uzyskanych przez badanych w teście Fagerströma

Figure 2. The number of points got by studied in the test Fagerström

$p = 0,05$ ustalono zależność między poziomem poczucia własnej skuteczności a paleniem tytoniu. Oznacza to, że im wyższy był poziom poczucia własnej skuteczności, tym więcej było niepalących w badanej grupie ($\chi^2 = 3,84$) (tab. 8).

Za pomocą testu χ^2 na poziomie istotności $p = 0,05$ wykazano zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a paleniem papierosów ($\chi^2 = 3,81$). Oznacza to, że im wyższy był poziom akceptacji choroby,

Tabela 8. Zależność pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności a paleniem tytoniu wśród badanych

Table 8. Dependence among the level of the feeling of self-efficacy and smoking of the cigarettes among studied

| | GSES | Palący | Niepalący | Razem |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|-------------|-------------|
| n_{ij} | Poziom niski | 5 | 49 | 54 |
| | Poziom przeciętny | 2 | 13 | 15 |
| | Poziom wysoki | 7 | 29 | 36 |
| | Razem | 14 | 91 | 104 |
| $\frac{n_i \cdot n_j}{n}$ | i j | 1 | 2 | ni. |
| | 1 | 7,269230769 | 13,125 | 20,39423077 |
| | 2 | 2,019230769 | 13,125 | 15,14423077 |
| | 3 | 4,846153846 | 31,5 | 36,34615385 |
| $\chi^2 ob$ | nj. | 14,13461538 | 57,75 | 71,88461538 |
| | | 1 | 2 | |
| | 1 | 0,708384208 | 98,05833333 | |
| | 2 | 0,00018315 | 0,001190476 | |
| $\chi^2 (\alpha; (k-1) * (l-1))$ | 3 | 4,846153846 | 0,198412698 | |
| | | 103,8126577 | | |
| | | 3,841459149 | | |
| | Odpowiedź | Zależne | | |

GSES (Generalised Self-Efficacy Scale) — Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności

Tabela 9. Zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a paleniem tytoniu wśród badanych**Table 9.** Dependence among the level of the acceptance of illness and smoking of the cigarettes among studied

| | AIS | Palący | Niepalący | Razem |
|----------------------------|---------------|--------------------|-------------|-------------|
| n_{ij} | Poziom niski | 0 | 18 | 18 |
| | Poziom średni | 3 | 32 | 35 |
| | Poziom wysoki | 11 | 42 | 53 |
| | Razem | 14 | 92 | 105 |
| $\frac{n_i n_j}{n}$ | i j | 1 | 2 | ni. |
| | 1 | 2,4 | 30,66666667 | 33,06666667 |
| | 2 | 4,666666667 | 30,66666667 | 35,33333333 |
| | 3 | 7,066666667 | 46,43809524 | 53,5047619 |
| x^2_{ob} | nj. | 14,13333333 | 107,7714286 | 121,9047619 |
| $x^2(\alpha; (k-1)*(l-1))$ | | 1 | 2 | |
| | 1 | 2,4 | 5,231884058 | |
| | 2 | 0,595238095 | 0,057971014 | |
| | 3 | 7,066666667 | 0,424149381 | |
| | | 15,77590922 | | |
| | | 3,841459149 | | |
| | Odpowiedź | Zależne | | |

AIS (Acceptance of Illness Scale) — Skala Akceptacji Choroby

tym więcej było niepalących w badanej grupie chorych (tab. 9).

Dyskusja

Wyniki badań własnych wskazują, że grupa chorych z POChP cechowała się niskim poziomem poczucia własnej skuteczności — wskaźnik poczucia własnej skuteczności wynosił 23,8%. Jednak poziom ten był dość zróżnicowany. Analizując go pod względem danych socjodemograficznych, zauważa się, że na poziom poczucia własnej skuteczności znacząco ($p = 0,05$) wpływało miejsce zamieszkania i płeć badanych. Podobne obserwacje poczynili Guzińska, Kupc, Borys w pracy przedstawiającej wpływ zasobów osobistych na proces zdrowienia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po pomostowaniu aortalno-wieńcowym (CABG, *coronary artery bypass graft*) leczonych sanatoryjnie [15]. Wskaźnik poczucia własnej skuteczności wśród chorych w pracy wymienionych autorów wynosił 30,67 i świadczył o wysokim poziomie poczucia własnej skuteczności. Być może powodem różnic w poziomie własnej skuteczności w grupie chorych z POChP i chorobą niedokrwienną serca był fakt, że pacjenci badani w pracy Guzińskiej, Kupc, Borys byli na etapie rehabilitacji kardiologicznej, czyli możliwości pełnego powrotu do zdrowia. Zupełnie inaczej wyglądała sytuacja w analizowanej grupie pacjentów z POChP. Ich po-

ziom skuteczności był badany w momencie zaostrzenia choroby lub tuż po nim. W tym wypadku powrót do pełnej sprawności był utrudniony, a nawet niemożliwy.

Kolejną badaną cechą pacjentów z POChP był poziom akceptacji choroby. W badanej grupie średni wskaźnik akceptacji choroby wyniósł 20,6 i świadczył o średnim poziomie. Wśród kobiet wyniósł 24,6 natomiast wśród mężczyzn był niższy — 18,9. U osób z wykształceniem podstawowym wyniósł 22,7, a z wykształceniem wyższym 29,7. Podobne wyniki na temat poziomu akceptacji choroby prezentują Kowalczyk-Sroka i wsp. w pracy pt. „Stopień akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc a wsparcie społeczne” [16].

Analizując światowe doniesienia epidemiologiczne na temat POChP zauważa się, że choroba w przeważającej większości dotyka mężczyzn, chociaż w ostatnich latach zaobserwowano wzrost zachorowań wśród kobiet [1]. W badaniach autorskich te dane się potwierdzają. Ponad 2/3 badanych stanowili mężczyźni, jednak POChP to również prawie w 1/3 problem kobiet. Wśród prawie połowy badanych dochodziło do zaostrzeń 2–3 razy w roku. Taką samą liczbę zaostrzeń w swojej pracy wskazuje Kozielski u badanych przez niego pacjentów [17].

Istotnym aspektem przebiegu przewlekłej choroby są zachowania zdrowotne podejmowane przez

chorych. Postanowiono przeanalizować zachowania wpływające korzystnie na przebieg procesu chorobowego. Mimo że badaną grupę stanowili w większości chorzy leczący się dłużej niż 10 lat, to aż 57% z nich nie korzystało z leczenia sanatoryjnego (częściej mężczyźni). Ponad połowa (54%) deklarowała stosowanie aktywności fizycznej codziennie. Najczęściej badani wskazywali na spacer, marsz, rower, a nawet trening siłowy. Kobiety częściej nie stosowały żadnej formy aktywności fizycznej. W raportach Światowej Inicjatywy Zwalczania POChP (GOLD, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) zaleca się szczepienia przeciw grypie u chorych na POChP, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych. Niepokojący jest fakt, że zaledwie 25% badanych poddaje się szczepieniom. Analizując grupę badanych według płci, nie zauważono istotnych różnic w odsetku mężczyzn (23%) i kobiet (29%) poddających się szczepieniu. W badaniach Kozielskiego przeciw grypie zaszczepiło się 20% chorych [18]. Jeszcze mniej korzystnie wygląda popularność pomiaru szczytowego przepływu wydechowego (PEF, *peak expiratory flow*). O takim badaniu nigdy nie słyszało 78% badanych, 18% miało świadomość istnienia badania, lecz go nie wykonywało, tylko 4% potwierdziło przeprowadzanie pomiaru PEF. Jak widać badanie to jest mało popularne wśród chorych i niedoceniane przez lekarzy i pielęgniarki, choć zalecane w raporcie GOLD. Wyniki badania *US National Health and Nutrition Examination Survey* sugerują, że szczytowy przepływ wydechowy charakteryzuje się dobrą czułością i pozwala wykryć ponad 90% przypadków POChP możliwych do rozpoznania w spirometrii, ale z powodu małej swoistości nie może być wykorzystywany jako jedyny test diagnostyczny [19].

Nawiązując do badań Zielińskiego [20], w których udowodniono, że tylko zaprzestanie palenia tytoniu hamuje postęp choroby, postanowiono ocenić skalę problemu w badanej grupie chorych. Okazało się, że palenie tytoniu rozpatrywane pod kątem popularności oraz stopnia uzależnienia od nikotyny wypadło zaskakująco korzystnie. Z chwilą rozpoznania choroby większość palaczy (69%) tytoniu zerwała z nałogiem. Grupę niepalącą tworzyło 83% badanych i również większość z nich podejmowała próby zaprzestania palenia. Test uzależnienia od nikotyny wypełniło 14 osób (15%). Wskazywał on u 3% chorych na fizyczne uzależnienie (wynik testu > 7 pkt). W grupie palaczy tylko 8% nigdy nie podejmowało próby zaprzestania palenia.

Wnioski

1. U pacjentów z POChP poczucie własnej skuteczności jest na niskim poziomie.
2. U pacjentów z POChP poziom akceptacji choroby jest średni.
3. Kobiety cechuje wyższy poziom poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby.
4. Badanych pochodzących z miast o większej liczbie mieszkańców charakteryzuje wyższy poziom poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby.
5. U niespełna 30% badanych zaostrzenie POChP pojawia się raz w roku, u prawie połowy 2–3 razy w ciągu roku, u 30% częściej niż 4 razy w roku.
6. Im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności, tym większa akceptacja choroby przez badanych.
7. Im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby, tym mniejsza liczba zaostrzeń POChP w ciągu roku wśród badanych.
8. Pacjenci z POChP wykazują pozytywne i negatywne zachowania zdrowotne.
9. Nie istnieje zależność pomiędzy badanymi zasobami osobistymi a aktywnością fizyczną pacjentów z POChP.
10. Istnieje zależność pomiędzy badanymi zasobami osobistymi a niepaleniem papierosów przez pacjentów z POChP.

Prezentowane wyniki wskazują na potrzebę:

- przeprowadzenia dalszych badań, na przykład w grupie kontrolnej chorych o stabilnym przebiegu POChP, ponieważ hospitalizacja badanych z powodu zaostrzenia choroby mogła wpłynąć negatywnie na ich poziom poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby;
- większego zaangażowania się lekarzy oraz pielęgniarek w poprawę zasobów osobistych pacjentów z POChP oraz motywowanie ich do zmiany negatywnych zachowań zdrowotnych, aby mogli spowolnić postęp choroby, zmniejszyć liczbę hospitalizacji w ciągu roku z powodu zaostrzeń;
- przyczynienia się środowiska medycznego do realizacji przyjętego w 2008 roku przez GOLD postulatu, że POChP to „choroba poddająca się prewencji i leczeniu”.

Piśmiennictwo

1. Rowińska-Zakrzewka E. Pneumonologia — postępy 2007. Med. Prakt. 2008; 2: 60–79.
2. Heszen-Niejodek I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
3. Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

4. Motyka M. Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
5. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Osobowość stres a zdrowie. Delfin, Warszawa 2008.
6. Heszen-Niejodek I., Życińska J. Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. SWPS Academica, Warszawa 2008.
7. Silver R.L., Wortman C.B. Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. Nowiny Psychol. 1984; 4–5: 29–95.
8. Taylor S.E. Przystosowanie się do zagrażających wydarzeń. Nowiny Psychol. 1984; 6–7: 15–38.
9. Bishop G.D. Psychologia Zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało. Astrum, Wrocław 2000.
10. Bishop G.D. Psychologia Zdrowia. Astrum, Wrocław 2008.
11. Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.). Psychologia Zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997; 175–205.
12. Wrona-Polańska H. Człowiek wobec poważnej choroby somatycznej — próba syntezy. Sztuka leczenia. 2000; 6: 77–84.
13. Majda A. Udział pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w diagnozowaniu uzależnienia od nikotyny oraz problemów alkoholowych. Pielęg. XXI w. 2005; 1: 195–200.
14. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. Przegl. Psychol. 1999; 4: 43–57.
15. Guzińska K., Kupc A., Borys B. Zasoby odporności na stres w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Via Medica, Gdańsk 2007; 4: 144–152.
16. Kowalczyk-Sroka B., Marmurowska-Michałowska H., Knap M. Stopień akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc a wsparcie społeczne. Via Medica, Gdańsk 2007; 2: 98–102.
17. Kozielski J. Leczenie zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pol. Arch. Med. Wewn. 2004; Materiały XXXV Zjazdu TIP: 69–71.
18. Kozielski J. Oblicza POChP. Pneumonol. Alergol. Pol. 2004; 3–4: 29–31.
19. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Med. Prakt. 2008; 2: 10–98.
20. Zieliński J. Wczesne rozpoznanie POChP. Gabinet Prywatny 2005; 4: 22–2